

CONVENZIONE

tra

Reale Mutua di Assicurazioni

e

Cassa Nazionale del Notariato

per

la copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria integrativa in favore dei notai in esercizio, dei titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato e del personale in servizio e in quiescenza sia della Cassa Nazionale del Notariato che del Consiglio Nazionale del Notariato con eventuale estensione ai componenti il *nucleo familiare* di ciascuno dei soggetti sopra indicati.

PIANO SANITARIO BASE



Tra la spett. **REALE MUTUA di ASSICURAZIONI**
Via Corte d'Appello, 11
10122 Torino (TO)
P. IVA 00875360018

e

la spett. **Cassa Nazionale del Notariato – Cassa Prevint**
P.IVA: 80052310580

Si stipula la presente

Convenzione Rimborso Spese Mediche – Piano Sanitario Base

Decorrenza: dalle ore 00:00 del 01/11/2025

Scadenza: alle ore 24:00 del 31/10/2027

Ai sensi di quanto indicato all'Art. 2 della Sezione I, in assenza di comunicazione scritta di disdetta da far pervenire all'altra parte entro e non oltre il 31/12/2026, il contratto si intenderà automaticamente prorogato per un'ulteriore annualità con effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/11/2027 alle ore 24:00 del giorno 31/10/2028.

CONVENZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE**VIENE STIPULATA LA PRESENTE CONVENZIONE****A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE****1. Informazioni generali**

Società Reale Mutua di Assicurazioni - forma giuridica: *Società* mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).

Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966.

Sito internet: www.realemutua.it.

E-mail: buongiornoale@realemutua.it

Posta Elettronica Certificata (PEC): realemutua@pec.realemutua.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n. 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di *assicurazione* e *riassicurazione*.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Dati al 31/12/2024 :

- Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 2.810
- Risultato di esercizio : 393 milioni di euro.
- Solvency ratio: 418,4%

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibili al seguente link: <https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci> .

B. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**1. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei *sinistri* devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiornoale@realemutua.it.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano, che provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.

Qualora l'esponente non fosse soddisfatto della risposta ricevuta, o non ricevesse risposta entro i 45 giorni dalla presentazione del reclamo, prima di interessare l'Autorità giudiziaria potrà:

- rivolgersi all'IVASS, ai seguenti contatti:
pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
- avvalersi della procedura di mediazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta - accreditato presso il Ministero della Giustizia;
- avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie. Resta salva, in ogni caso, la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

2. Arbitrato

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'articolo "Controversie" delle Condizioni Generali di *Assicurazione*.

Reale Mutua di Assicurazioni è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Convenzione.

PREMESSA

La Compagnia di *Assicurazione* Reale Mutua (di seguito denominata anche *Società* o Assicuratore) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto il servizio di copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria integrativa a favore dei Notai in esercizio, dei Titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato con eventuale estensione ai componenti il *nucleo familiare* di ciascuno dei soggetti sopra indicati e la Cassa Sanitaria Prevint (di seguito denominata anche *Cassa di Assistenza*) sulla base di specifici accordi tra loro intervenuti, si impegnano, sulla base del presente contratto ad erogare a favore dei Notai in esercizio, dei Titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato e con eventuale estensione ai componenti il *nucleo familiare* di ciascuno dei soggetti sopra indicati (in seguito denominati *Assistiti*) indennizzi, rimborsi di spesa per i casi di *malattia*, *infortuni* e parto secondo le norme di seguito indicate.

Dette prestazioni verranno rese per il tramite della citata Prevint *Cassa di Assistenza* iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al decreto Min.Lav. del 27/10/2009 la quale dichiara di essere idonea ed abilitata a norma di Legge a ricevere i *contributi* e ad assumere la contraenza del programma sanitario per la categoria assicurata di cui ai successivi artt. 1.2 e 1.4 della Sezione 1 della presente *polizza*, ai fini degli aspetti fiscali e *contributivi*.

Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni previste nella presente *polizza*, la *Società* concorderà la procedura Operativa idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Sommario

SEZIONE 1 – OGGETTO ED ASSISTITI	14
Art. 1 Oggetto della Copertura.....	14
Art. 2 Effetto e durata	14
Art. 3 Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza	14
Art. 4 Assistiti	14
Art. 5 Nucleo familiare coperto tramite adesione alla formula family	15
Art. 6 Variazioni degli Assistiti in corso di annualità assicurativa	16
A) Titolare in esercizio/attività che diventi pensionato	16
B) Nuovo titolare di pensione indiretta o di reversibilità	16
C) Nuovo notaio di prima nomina	17
D) Nuovo dipendente della Cassa e Consiglio Nazionale del Notariato.....	17
E) Decesso del titolare.....	17
Art. 7 Limiti di età.....	17
SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	18
Art. 1 Assicurazione per conto Altri	18
Art. 2 Estensione territoriale	18
Art. 3 Ambito di applicazione	18
Art. 4 Rischi esclusi dall'assicurazione.....	18
Art. 5 Oneri fiscali.....	19
Art. 6 Altre assicurazioni	19
Art. 7 Clausola Broker.....	19
Art. 8 Forma delle comunicazioni	19
Art. 9 Rinuncia al recesso dal contratto	19
Art. 10 Oneri a carico della Società	20
Art. 11 Obblighi della Società– Attività di supporto e assistenza agli Assistiti.....	21
Art. 12 Modifica delle condizioni	22
Art. 13 Commissione paritetica.....	23
Art. 14 Mediazione.....	23
Art. 15 Foro competente.....	23
Art. 16 Interpretazione delle garanzie	23
Art. 17 Tutela della Privacy.....	23

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Art. 18 Rinvio alle norme di legge	23
Art. 19 Anticipi.....	24
SEZIONE 3 – Modalità di erogazione delle prestazioni	25
Art. 1 Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società - Assistenza diretta	25
Art. 2 Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società, ma con equipe medica non convenzionata - Assistenza mista.....	26
Art. 3 Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società o, se convenzionate, per le quali non sia stata richiesta la presa in carico nel rispetto delle modalità di cui al precedente art. 1 - Assistenza indiretta (rimborso)	26
Art. 4 Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale	27
Art. 5 Prestazioni in libera professione intramuraria.....	27
Art. 6 Concorso di più assicurazioni	28
SEZIONE 4 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO BASE.....	29
Art. 1 Beneficiari delle Prestazioni	29
Art. 2 Massimale Assicurato.....	29
Art. 3 Prestazioni per Grande Intervento chirurgico e Grave Evento Morboso.....	29
Art. 3.2 Garanzie Accessorie al <i>ricovero</i>	30
a) Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore.....	30
f) Rimpatrio salma.....	30
Art. 3.3 <i>Ricovero senza intervento chirurgico</i> per Grave Evento Morboso.....	30
Art. 3.4 Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso.....	31
Art. 3.5 <i>Day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale</i>	31
Art. 3.6 <i>Day hospital senza intervento chirurgico</i>	31
Art. 3.7 <i>Franchigie e scoperti per Grande Intervento chirurgico e Grave Evento Morboso</i>	31
a) Prestazioni in <i>struttura sanitaria convenzionata</i> con la Società – <i>assistenza diretta</i>	31
c) Prestazioni in struttura convenzionata con la Società ma con personale medico non convenzionato – <i>assistenza mista</i>	32
d) Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate.....	32
e) Garanzie accessorie al <i>ricovero</i>	32
Art. 4 Indennità sostitutiva.....	32
Art. 5 Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica.....	33
Art. 6 Prevenzione e check up.....	35
Art. 7 Cure oncologiche.....	35
Art. 8 Follow-Up Oncologico	36

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Art. 9 Copertura per non autosufficienza	36
Art. 10 Indennità per grave invalidità permanente da infortunio	37
Art. 11 Interventi chirurgici Odontoiatrici Extra ricovero	38
Art. 12 Importo del contributo collettivo.....	38
Art. 13 Pagamento del contributo	38
SEZIONE 5 – GARANZIE ACCESSORIE VALIDE PER TUTTI GLI ASSISTITI	40
Art. 1 Servizi di informazione	40
Art. 2 Estensione tariffario agevolato ai familiari degli iscritti.....	40
Art. 3 Prestazioni di assistenza	40
ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	41
ELENCO II – GRAVI EVENTI MORBOSI.....	45

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Abitazione	La dimora abituale dell' <i>Assistito</i> .
Annualità assicurativa	Periodo in cui la <i>polizza</i> garantisce copertura. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della <i>polizza</i> , quindi dalle ore 00.00 del giorno 01/11 fino alle ore 24.00 del giorno 31/10.
Assicurazione	Il contratto di <i>Assicurazione</i> .
Assistenza diretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l' <i>Assistito</i> riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla <i>polizza</i> presso i centri convenzionati e da personale medico convenzionato senza anticipare la spesa, ma delegando la <i>Società</i> al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante. Tale modalità di erogazione è consentita solo per prestazioni sanitarie erogate dalla <i>struttura sanitaria convenzionata</i> e solo previa autorizzazione della <i>Centrale Operativa</i> .
Assistenza indiretta	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l' <i>Assistito</i> riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla <i>polizza</i> presso le strutture sanitarie non convenzionate o da personale medico non convenzionato. In questo caso la copertura della prestazione viene gestita sotto forma di rimborso.
Assistenza mista	La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l' <i>assistenza diretta</i> riguarda solo l' <i>Istituto di cura</i> mentre il pagamento delle spese del personale medico avviene mediante rimborso.
Assistenza infermieristica	L' <i>assistenza infermieristica</i> prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.
Assistito	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Associato	La Cassa Nazionale del Notariato aderente alla <i>Cassa di Assistenza</i>
Broker	<i>Società</i> incaricata di fornire i servizi di assistenza e consulenza relativi ai piani assicurativi della Cassa Nazionale del Notariato, nonché la collaborazione alla gestione e alla esecuzione dei relativi contratti.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Cassa di Assistenza	La Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i <i>contributi</i> ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e <i>contributivi</i> .
Categorie assicurate	L' <i>assicurazione</i> è prestata a favore di: notai in esercizio, notai in pensione, titolari di pensione indiretta o di reversibilità, del personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato. Può essere estesa ai relativi familiari, come identificati nella definizione di <i>nucleo familiare</i> .
Centrale Operativa	La struttura che, per conto della <i>Società</i> , provvede alla gestione del circuito di <i>Istituti di cura</i> e medici convenzionati ed al contatto telefonico con l' <i>Assistito</i> che voglia accedere agli stessi.
Certificato di assicurazione	Il documento rilasciato dalla <i>Società</i> che riporta gli elementi principali (decorrenza/scadenza della <i>polizza</i> , il <i>contributo</i> , i soggetti assicurati, ecc.) del Piano Sanitario Base.
Contraente	La <i>Cassa di Assistenza</i> che stipula la <i>polizza</i> per conto altrui e la Cassa del Notariato che aderisce alla stessa <i>Cassa di Assistenza</i> .
Contributo	La somma dovuta alla <i>Cassa di Assistenza</i> per l'attivazione della copertura sanitaria.
Day hospital	La degenza in <i>istituto di cura</i> in esclusivo regime diurno.
Data evento	Per i <i>ricoveri</i> si intende quella in cui avviene il <i>ricovero</i> ; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive – anche non in vigenza di copertura purché nel periodo previsto per il post <i>ricovero</i>) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.
Difetto fisico	La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite. Ai fini delle esclusioni di <i>polizza</i> , non è riconducibile al <i>difetto fisico</i> ma è da considerarsi <i>malattia</i> , ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa al difetto preesistente.
Follow up oncologico	Il follow-up è l'insieme delle prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della <i>malattia oncologica</i> e/o dei risultati della terapia. Per aver diritto al rimborso delle prestazioni oggetto della garanzia di <i>polizza</i> l'iscritto dovrà produrre la tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali (048).

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell' <i>Assistito</i> è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell' <i>Assistito</i> . Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di <i>ricovero</i> è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all' <i>Assistito</i> .
Grandi interventi chirurgici	Gli interventi elencati nell'apposito elenco 1 che fa parte integrante del piano sanitario base
Gravi eventi morbosi	Gli eventi elencati nell'apposito elenco 2 che fa parte integrante del piano sanitario base.
Indennità sostitutiva	L'importo giornaliero erogato dalla <i>Società</i> che viene riconosciuto in assenza di richiesta di rimborso di spese per prestazioni effettuate durante il <i>ricovero</i> o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post <i>ricovero</i> e delle garanzie accessorie indicate in garanzia che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico ambulatoriale	Prestazione chirurgica che, anche se effettuata in sala operatoria, per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel postintervento
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo
Lungodegenza	Servizio di degenza destinato ad accogliere persone affette da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza medica, infermieristica, fisioterapica, finalizzati a ricercare un miglioramento o stabilizzazione della condizione di <i>malattia</i> , che di assistenza nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da <i>infortunio</i> .

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Malattia oncologica	Ogni <i>malattia</i> determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre inclusi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Malformazione	Qualunque alterazione morfologica o funzionale dovuta ad uno sviluppo anomalo. Ai fini delle esclusioni di <i>polizza</i> , non è riconducibile al <i>difetto fisico</i> ma è da considerarsi <i>malattia</i> , ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa alla <i>malformazione</i> preesistente.
Massimale	La somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun <i>nucleo familiare</i> , compreso l' <i>Assistito</i> , secondo l'opzione prescelta, per uno o più <i>sinistri</i> nel corso della stessa <i>annualità assicurativa</i> .
Nucleo familiare	Il <i>nucleo familiare</i> a cui è possibile estendere con onere a proprio carico il piano sanitario base è composto dal capo nucleo, dal coniuge/partner unito civilmente non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente di fatto risultante dallo stato di famiglia, tale indipendentemente dal genere, e dai figli fiscalmente a carico (per i quali si verificano le condizioni reddituali previste dalla sussistenza a carico previsto dall'art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446 del 97) conviventi e non conviventi. Sono altresì inclusi nel <i>nucleo familiare</i> i figli conviventi non fiscalmente a carico fino al compimento di 30 anni e i figli non conviventi per i quali il Capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del partner unito civilmente e del convivente di fatto. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.
Polizza	Il documento che prova l' <i>assicurazione</i> .
Presa in carico	Autorizzazione rilasciata dalla <i>Società</i> all'effettuazione della prestazione sanitaria all'interno della <i>struttura sanitaria convenzionata</i> .
Ricovero	Degenza in <i>Istituto di cura</i> che comporti almeno un pernottamento in reparto, documentato da una cartella clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).
Scoperto	La parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell' <i>Assistito</i> .
Sinistro	Il verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l' <i>assicurazione</i> .

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

<i>Società</i>	La Compagnia assicuratrice aggiudicataria che assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio e deve garantire l'esecuzione delle prestazioni medesime attraverso la <i>Cassa di Assistenza Sanitaria</i> .
<i>Struttura sanitaria convenzionata</i>	Le strutture di cura convenzionate con la <i>Società</i> alle quali l' <i>Assistito</i> può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in <i>polizza</i> nonché previste dalle convenzioni stesse.
<i>Trattamenti fisioterapici</i>	Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate non necessariamente presso Centri Medici, tese al recupero, delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da <i>malattia o infortunio</i> .
<i>Visita specialistica</i>	Visita effettuata da medico specialista. Qualora nell'ambito di una <i>visita specialistica</i> vengano effettuati test ed esami finalizzati alla diagnosi, questi verranno considerati tutt'uno con la visita e, pertanto, unica prestazione.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

SEZIONE 1 – OGGETTO ED ASSISTITI

Art. 1 Oggetto della Copertura

Oggetto della presente *Assicurazione* è la copertura delle spese sanitarie a favore dei soggetti *Assistiti* indicati all'art. 4 sostenute in conseguenza a *malattia e infortunio* nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti.

Art. 2 Effetto e durata

L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti di cui all'art. 4 lettere A e B ha durata di 24 mesi con effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/11/2025 e scadenza alle ore 24:00 del giorno 31/10/2027.

In assenza di comunicazione scritta di disdetta da far pervenire all'altra parte entro e non oltre il 31/12/2026, il contratto si intenderà automaticamente prorogato per un'ulteriore annualità con effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/11/2027 alle ore 24:00 del giorno 31/10/2028.

A tale ultima data la copertura, nonché l'adesione della Cassa Nazionale del Notariato alla *Cassa di Assistenza* sanitaria, si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

Nei casi eccezionali, di cui all'art. 120 comma 11 del Codice, il contratto in corso di esecuzione può essere prorogato per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo *Contraente* e comunque per un periodo non superiore a sei mesi. In tal caso il *Contraente* e la Compagnia sono tenuti all'esecuzione delle prestazioni oggetto del contratto agli stessi prezzi, patti e condizioni previsti nel contratto.

Art. 3 Prosecuzione della garanzia oltre la scadenza

Qualora il *ricovero* abbia inizio entro la data di scadenza del contratto, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'*assicurazione* stessa, sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'*istituto di cura*, per tutte le spese anche post *ricovero* previste dal piano sanitario.

Art. 4 Assistiti

A. Titolari *Assistiti* collettivamente dal Piano Sanitario Base

Le garanzie del Piano Sanitario base sono prestate in forma collettiva a favore dei seguenti soggetti titolari:

1. notai in esercizio
2. notai in pensione e altri titolari di pensione notarile
3. dipendenti in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato

B. Beneficiari a cui è possibile estendere con onere a proprio carico il piano sanitario base.

Il titolare può estendere il piano sanitario base al proprio *nucleo familiare* così come definito al seguente art. 5

C. Titolari *Assistiti* collettivamente dal Piano Sanitario Base

Le garanzie del Piano Sanitario base sono prestate in forma collettiva a favore dei seguenti soggetti titolari:

1. notai in esercizio



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

2. notai in pensione e altri titolari di pensione notarile
3. dipendenti in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato

D. Beneficiari a cui è possibile estendere con onere a proprio carico il piano sanitario base.

Il titolare può estendere il piano sanitario base al proprio *nucleo familiare* così come definito al seguente art. 5 aderendo al piano integrativo nella formula family (v. CGA piano sanitario integrativo). In tal caso i familiari inclusi in copertura ne diventano beneficiari alle stesse condizioni del titolare. Per aderire all'estensione family è prevista un'unica finestra di adesione per l'intera durata del contratto nelle modalità e nelle tempistiche definite dalla Cassa del Notariato.

Art. 5 Nucleo familiare coperto tramite adesione alla formula family

Il *nucleo familiare* è composto dal capo nucleo, dal coniuge/partner unito civilmente non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente di fatto risultante dallo stato di famiglia, tale indipendentemente dal genere, e dai figli fiscalmente a carico (per i quali si verifichino le condizioni reddituali previste dalla sussistenza a carico previsto dall'art. 13 del TUIR così come novellato dal D.lgs. 446 del 97) conviventi e non conviventi.

Sono altresì inclusi nel *nucleo familiare* i figli conviventi, non fiscalmente a carico, fino al compimento di 30 anni e i figli non conviventi per i quali il Capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Il suddetto limite di età è da intendersi non operante relativamente ai figli conviventi con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Sono altresì equiparabili ai figli, ai fini della copertura, i figli del coniuge, del partner unito civilmente e del convivente di fatto.

I figli conviventi, non fiscalmente a carico, che abbiano compiuto 30 anni non rientrano nel *nucleo familiare* ma possono essere inclusi in copertura previo versamento del 50% del *contributo* complessivo previsto per la formula unica "Base+ integrativa single".

A comprova del proprio *nucleo familiare* l'iscritto dovrà produrre certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

Familiari	Copertura tramite adesione a formula "family"
Coniuge non legalmente separato convivente di fatto – unito civilmente	SI

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Figli fiscalmente a carico anche non convivente senza limite di età	SI
Figli non fiscalmente a carico, convivente , entro i 30 anni	SI
Figli non convivente per il quale vi sia obbligo di mantenimento economico a seguito di separazione o divorzio	SI
Figli convivente con invalidità civile riconosciuta maggiore del 70% e/o inabili ad un qualsiasi lavoro proficuo senza limite di età	SI
Figli non fiscalmente a carico, convivente oltre i 30 anni	NO
	Può aderire alla copertura sanitaria nella formula unica "Base + Integrativa Single" versando il 50% del <i>contributo</i> complessivo previsto.

Art. 6 Variazioni degli Assistiti in corso di annualità assicurativa

Le variazioni degli *Assistiti*, coperti collettivamente dal piano sanitario base, sono comunicate dalla Cassa Nazionale del Notariato alla *Società* con cadenza periodica e potranno riguardare i seguenti casi:

A) Titolare in esercizio/attività che diventi pensionato

Il titolare in esercizio/attività che diventi pensionato nel corso dell'*annualità assicurativa* continuerà a godere della copertura sanitaria come se fosse in esercizio/servizio, sino alla scadenza della stessa. A decorrere dall'*annualità* successiva usufruirà della copertura sanitaria prevista per i titolari di pensione.

B) Nuovo titolare di pensione indiretta o di reversibilità

Il familiare del titolare deceduto entrerà in copertura collettiva come titolare a decorrere dalla data della sua delibera di pensione con *contributo* a carico della Cassa del Notariato che verrà corrisposto alla *Società* alla scadenza di ciascuna *annualità assicurativa* in sede di regolazione premio, secondo quanto indicato alla sezione 4 art 13. **Entro 60 giorni dalla comunicazione di attivazione del piano sanitario base** inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato potrà aderire al piano integrativo con onore a suo carico.

Qualora alla data della delibera il familiare sia già coperto dal piano sanitario base come beneficiario manterrà la

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

copertura in essere fino alla fine dell'*annualità assicurativa* in corso e ne diventerà titolare a decorrere dall'*annualità successiva* con *contributo* a carico della Cassa del Notariato e con possibilità di aderire al piano integrativo **entro 60 gg dalla comunicazione di attivazione del piano sanitario base** inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato.

Il familiare del titolare deceduto, **avente diritto a pensione**, che sia stato coperto dal piano sanitario come beneficiario ad inizio del periodo assicurativo e che ne sia uscito per decesso del titolare, potrà continuare a godere del piano sanitario base in continuità con decorrenza retroattiva alla data di inizio dell'*annualità*. Tuttavia, nel periodo intercorrente dalla data di inizio *annualità* alla data della delibera potrà godere solo dell'*assistenza indiretta*.

C) Nuovo notaio di prima nomina

Il notaio di prima nomina entrerà in copertura collettiva come titolare a decorrere dalla data della prima iscrizione a ruolo con *contributo* a carico della Cassa del Notariato che verrà corrisposto alla *Società* alla scadenza di ciascuna *annualità assicurativa* in sede di regolazione premio, secondo quanto indicato alla sezione 4 art 13. **Entro 60 giorni dalla comunicazione di attivazione del piano sanitario base** inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato potrà aderire al piano integrativo con onore a suo carico.

Qualora alla data di prima iscrizione a ruolo sia già coperto dal piano sanitario base come beneficiario manterrà la copertura in essere fino alla fine dell'*annualità assicurativa* in corso e ne diventerà titolare a decorrere dall'*annualità successiva* con possibilità di aderire al piano integrativo **entro 60 gg dalla comunicazione di attivazione del piano sanitario base** inviata dalla Cassa Nazionale del Notariato con *contributo* a carico della Cassa del Notariato

D) Nuovo dipendente della Cassa e Consiglio Nazionale del Notariato

I dipendenti neoassunti sono coperti con decorrenza dalla data di assunzione. **La comunicazione dovrà essere inviata alla Società entro 60gg dalla stessa.**

E) Decesso del titolare

In caso di decesso del Titolare di cui al punto A dell'art. 4, i familiari estesi in copertura come beneficiari, continueranno a godere della copertura fino allo scadere dell'*annualità assicurativa*. Al di fuori dei casi previsti alle lettere B e C del presente articolo, non sarà possibile rinnovare la copertura per le *annualità successive*.

Art. 7 Limiti di età

Non è previsto alcun limite di età.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Assicurazione per conto Altrui

La presente *assicurazione* è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla *Contraente*, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'*Assistito* così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2 Estensione territoriale

La copertura assicurativa si intende operante nel territorio del Mondo Intero.

Art. 3 Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui alla successiva sez. 4 "Prestazioni del piano sanitario Base", è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'*Assistito/i*;
- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni sanitarie che siano conseguenza di *infortuni* e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di decorrenza o di attivazione della presente copertura assicurativa.
- sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da *interventi chirurgici* demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o *infortuni*, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente alla data di decorrenza o di attivazione della presente copertura assicurativa. Tali spese sono indennizzate dalla *Società* nel rispetto di quanto disposto dalla presente *assicurazione*.

Art. 4 Rischi esclusi dall'*assicurazione*

L'*assicurazione* non è operante per:

- a) **eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni**, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivanti e/o connesse alla *malformazione* o *difetto fisico* preesistente;
- b) **malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche**; tuttavia, l'esclusione non opera per i casi di *intervento chirurgico* e di grave evento morboso così come definito dalle condizioni di *assicurazione*; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alle coperture per non autosufficienza ove la *malattia* mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;
- c) **gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assistito**;
- d) **gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope**;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- e) **gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assistito attività professionale;**
- f) **l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;**
- g) **le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche;** non rientrano in detta categoria e saranno pertanto coperti da *assicurazione*, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili a termini di *polizza*, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di *infortunio* indennizzabile a termine di *polizza*.
- h) **i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).**
- i) **le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.),** a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di *polizza*;
- j) **le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assistito abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;**
- k) **le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.**

Art. 5 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico della *Contraente*.

Art. 6 Altre assicurazioni

La *Contraente* è tenuta a denunciare alla *Società* l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. L'*Assistito* è esonerato dal dichiarare alla *Società* l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di *sinistro* già parzialmente liquidato dalla stessa. Si ricorda che non è possibile ottenere un rimborso superiore alla spesa effettuata.

Art. 7 Clausola Broker

La Cassa Nazionale del Notariato è assistita da Marsh S.p.A. – Viale Luigi Bodio, 33 – 20158 Milano, per la gestione tecnica e amministrativa del contratto di *assicurazione*.

Marsh verrà remunerata secondo consuetudine di mercato ovvero dalle Compagnie di *Assicurazione*, con il riconoscimento di una provvigione pari al 0,7525% dei premi imponibili che la *Cassa di Assistenza* pagherà alla compagnia.

Art. 8 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata, posta elettronica certificata o con posta elettronica semplice.

Art. 9 Rinuncia al recesso dal contratto

La *Società* in deroga all'art. 1898 del C.C. rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto. Si rinvia a quanto previsto dall'art. 2 "Effetto e durata" della sezione 1 della presente *polizza*.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Art. 10 Oneri a carico della *Società*

Sono a carico della *Società*, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del Servizio nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del Servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi ad eventuali spese di trasporto, viaggio e missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale.

Nell'esecuzione del Servizio, salvo quanto già previsto nella presente *polizza* e quant'altro si renderà necessario in relazione alle esigenze operative derivanti in particolare dalla prestazione del Servizio, la *Società* si obbliga a:

- a) eseguire le prestazioni in oggetto con il massimo grado di diligenza, a perfetta regola d'arte e nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenute nella presente *polizza* e in tutta la documentazione di gara. Le prestazioni dovranno necessariamente essere conformi alle caratteristiche tecniche ed alle specifiche indicate;
- b) comunicare prontamente in forma scritta alla Cassa Nazionale del Notariato le situazioni reali o potenziali di conflitto d'interesse sorte durante lo svolgimento del Servizio e ad attenersi alle istruzioni impartite dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- c) dare immediata comunicazione alla Cassa Nazionale del Notariato di ogni circostanza, avvenimento o fatto che abbia influenza sull'esecuzione del Servizio, ivi comprese le eventuali variazioni della propria struttura organizzativa coinvolta nell'esecuzione dello stesso. Tale comunicazione dovrà pervenire alla Cassa Nazionale del Notariato entro 10 giorni dall'intervenuta modifica, circostanza o avvenimento;
- d) attenersi a tutte le indicazioni e direttive relative all'esecuzione contrattuale che saranno impartite dalla Cassa Nazionale del Notariato tramite il Responsabile dell'esecuzione del contratto;
- e) manlevare e tenere indenne Cassa Nazionale del Notariato da tutte le conseguenze derivanti dalla eventuale inosservanza delle norme e prescrizioni tecniche, di sicurezza e sanitarie vigenti;
- f) predisporre tutti gli strumenti e i metodi, comprensivi della relativa documentazione, atti a garantire elevati livelli di servizio, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza e riservatezza, secondo tutte le norme e le prescrizioni in vigore, nonché quelle che dovessero essere successivamente emanate.

Resta convenuto che gli eventuali maggiori oneri derivanti dall'osservanza delle norme e prescrizioni di cui sopra, anche se entrate in vigore nel corso della validità dell'*assicurazione*, saranno ad esclusivo carico della *Società*, intendendosi in ogni caso remunerati con il corrispettivo previsto. La *Società*, pertanto, non potrà avanzare richieste di compensi a tale titolo nei confronti di Cassa Nazionale del Notariato.

La *Società*, per quanto di sua competenza, si obbliga a consentire alla Cassa Nazionale del Notariato di procedere, in qualsiasi momento e anche senza preavviso, alle verifiche sulla piena e corretta esecuzione del servizio in oggetto, impegnandosi a prestare la propria collaborazione per consentire lo svolgimento di tali verifiche.

La *Cassa di Assistenza* si obbliga ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 52 del D.P.R. 917/1986 e ss.mm.ii., accettando i *contributi* versati dalla Cassa Nazionale del Notariato e riversando gli stessi sotto forma di premio alla *Società*.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Art. 11 Obblighi della Società– Attività di supporto e assistenza agli Assistiti

La Società si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana e si obbliga a fornire supporto e assistenza agli *Assistiti* su tutte le informazioni inerenti le condizioni di *assicurazione*, la rete convenzionata, l'istruttoria delle pratiche di rimborso, l'attivazione dell'*assistenza diretta*, lo stato dei *sinistri*, i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

La Società dovrà essere dotata di una *Centrale Operativa* raggiungibile attraverso un numero verde dedicato e gratuito sia da fisso che da cellulare per le chiamate nazionali e un numero dedicato per le chiamate internazionali. Il servizio offerto dal numero verde dovrà avere le seguenti caratteristiche:

- a) essere dedicato esclusivamente alla *polizza* oggetto del presente appalto;
- b) essere almeno operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.30;
- c) consentire di parlare con un operatore dopo una sola scelta multipla.

La Società si impegna altresì, in caso di richiesta di *assistenza diretta* a dare riscontro all'*Assistito*, per il tramite della *Centrale Operativa*, con la massima celerità e comunque entro il termine massimo di 1 (uno) giorno lavorativo (24 H) dalla prestazione.

- 1. La Società si obbliga, entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'*Assicurazione*, a redigere a proprie spese una Guida all'assistenza sanitaria in formato digitale e cartaceo da inviare all'indirizzo degli *Assistiti* in pensione a mezzo posta, concordando con la Cassa Nazionale del Notariato il testo, le modalità grafiche e la tipologia di materiale. La Guida dovrà, di norma, contenere il testo integrale del piano sanitario e illustrare la modalità del suo utilizzo.
- 2. La Società si obbliga a rendere disponibile un apposito servizio web/sito internet dedicato che consenta all'*Assistito* di accedere con apposite credenziali alla propria area riservata per inoltrare e consultare lo stato di avanzamento delle richieste di *assistenza indiretta* a rimborso e le richieste di *assistenza diretta* nonché consultare le strutture convenzionate e tutte le informazioni relative ai piani sanitari. Il sito web dovrà consentire agli *Assistiti* di visionare la propria situazione assistenziale completa e di scaricare in autonomia i prospetti dei rimborsi.
- 3. La Società si obbliga a rendere disponibile alla Cassa Nazionale del Notariato e al *Broker* un portale web accessibile con apposite credenziali per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello stato di lavorazione, in regola con le disposizioni di legge in materia di protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – “GDPR”).
- 4. La Società si obbliga a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato e al *Broker*, entro i 15 giorni solari successivi al termine di ogni trimestre, i report dei *sinistri* denunciati in formato excel a partire dalla data di decorrenza del Piano Sanitario suddivisi per *annualità assicurativa*. Tale elenco dovrà essere fornito nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali e dovrà riportare per ciascun *sinistro*:

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- Tipologia di *Assistito* a cui è imputato il *sinistro* (notaio in esercizio, titolare di pensione, dipendente in attività o in quiescenza e nell'ambito di queste categorie specificare se trattasi di titolare, coniuge o convivente, e figlio, con l'identificazione anonima del caponucleo)
- il numero del *sinistro* attribuito dalla *Società*;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia di garanzia distinta per piano sanitario e per prestazione;
- la tipologia di rimborso (se diretto, indiretto o misto);
- l'indicazione di età e sesso dell'*Assistito* alla data del *sinistro*;
- l'indicazione di età all'accadimento del *sinistro*;
- l'identificazione anonima del caponucleo e del *nucleo familiare* collegato;
- l'indicazione dello stato del *sinistro* secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) importo richiesto a rimborso pari a euro _____;
 - b) *sinistro* chiuso senza seguito;
 - c) *sinistro* liquidato, in data _____ con liquidazione pari a euro _____;
 - d) *sinistro* aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a euro _____.

Inoltre, la *Società* si impegna a fornire:

- trimestralmente l'elenco completo dei *sinistri* respinti, corredato da importo richiesto a rimborso e non corrisposto, relativa motivazione e data di chiusura;
- annualmente il rapporto *sinistri* a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.
- ogni ulteriore informazione o dato richiesti dalla Cassa Nazionale del Notariato secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

I suddetti dati dovranno essere forniti sino a due anni oltre la data di cessazione dell'*Assicurazione*.

5. La *Società* si impegna a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato e al *Broker* entro i 30 giorni solari successivi al termine di ogni *annualità assicurativa*, l'elenco aggiornato degli *Assistiti* in formato excel, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali. Tale elenco dovrà consentire l'identificazione degli appartenenti ad uno stesso *nucleo familiare* attraverso un codice di identificazione univoco e dovrà riportare:
- Cognome e nome;
 - Codice fiscale;
 - Data di nascita ed età
 - Rapporto di parentela con il titolare (in caso di beneficiari di cui all'art. 4 lettera B, sez. 1);
 - Data di decorrenza della copertura.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla presente *polizza* potrà essere introdotta e/o imposta dalla *Società* fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dal Codice dei Contratti Pubblici.

Art. 13 Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da sei membri dei quali tre designati dalla Cassa Nazionale del Notariato e tre dalla *Società*.

È espressamente prevista la facoltà della Cassa Nazionale del Notariato di nominare un consulente di propria fiducia.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei *sinistri*, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Art. 14 Mediazione

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 13 "Commissione Paritetica", dovrà essere esperito il procedimento di mediazione ai sensi del D.lgs. 04/03/2010, n. 28, attuativo dell'art.60 L. 18/06/2009, n. 69.

L'Organismo di mediazione sarà scelto dalla parte attrice tra gli organismi di mediazione accreditati presso il Consiglio Nazionale del Notariato. Il procedimento di mediazione dovrà svolgersi nell'ambito del Circondario del Tribunale competente in relazione alla residenza dell'*Assistito* ancorché non sia ivi compresa la sede legale dell'Organismo di mediazione scelto.

Art. 15 Foro competente

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dei precedenti articoli 13 "Commissione paritetica" e 14 "Mediazione" valgono le norme processuali vigenti e sarà competente il Foro di residenza dell'*Assistito*.

Nei giudizi relativi all'indennizzo legittimati sono esclusivamente l'*Assistito*/Titolare di copertura e la *Società*.

Art. 16 Interpretazione delle garanzie

Si conviene tra le Parti che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'*Assistito* su quanto contemplato dalle condizioni tutte di *assicurazione*.

Art. 17 Tutela della Privacy

La *Società* e la *Cassa di Assistenza* si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal Regolamento Generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR") in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli *Assistiti*. A tal fine dichiara di assumere la piena e completa responsabilità, con ciò esonerando la Cassa Nazionale del Notariato a tutti gli effetti.

Art. 18 Rinvio alle norme di legge



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Per tutto quanto qui non sia diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 19 Anticipi

Nel caso di *ricovero* per il quale *l'istituto di cura* richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, *l'Assistito* o - in caso di sua incapacità, anche temporanea - un proprio familiare, potrà richiedere a detto titolo alla *Società* una somma massima pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'*istituto di cura*, purché nei limiti del 65% della somma massima indennizzabile. Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della struttura in cui avverrà il *ricovero*, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo. In ogni caso *l'Assistito* è tenuto a trasmettere alla *Società* le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

SEZIONE 3 – Modalità di erogazione delle prestazioni

Art. 1 Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società - Assistenza diretta

Rientrano nelle *strutture sanitarie convenzionate* con la *Società* i poliambulatori, le case di cura e gli ospedali pubblici e privati con cui è attivo un rapporto di convenzione diretta. L'elenco aggiornato in tempo reale è messo a disposizione degli *Assistiti* in modalità on line ed è verificabile tramite la *Centrale Operativa*. All'interno delle strutture sanitarie possono essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in regime di *ricovero*.

In considerazione delle frequenti variazioni dell'elenco dei medici convenzionati, lo stato di convenzionamento delle strutture e dei medici va preventivamente verificato consultando l'elenco on line o tramite la *Centrale Operativa* della *Società*.

L'*Assistito* che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in *ricovero* presso *strutture sanitarie convenzionate* con *presa in carico* diretta **deve ottenere la preventiva autorizzazione da parte della Società -presa in carico-** facendone richiesta tramite Area Riservata *Assistito* o, alternativamente, tramite numero verde **con un preavviso di almeno due giorni lavorativi (48 H) dalla data fissata per la prestazione.**

Se la richiesta ha carattere di urgenza e perviene oltre il termine del preavviso minimo di 2 (due) giorni lavorativi, la *Centrale Operativa* si impegna a gestirla. Limitatamente ai *ricoveri*, in caso di comprovata urgenza (documentata da certificato di prescrizione medica), ove il preavviso non fosse possibile, l'*Assistito*, **entro e non oltre 48 (quarantotto) ore dal ricovero** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata, potrà chiedere la *presa in carico* del *ricovero* stesso.

Nel caso in cui la *Centrale Operativa* invii comunicazione di diniego, dovrà esporre i motivi di natura amministrativa e/ medico assicurativa per cui la pratica in carico è negata o per la quale dovrà essere fornita ulteriore documentazione.

Qualora la *presa in carico* sia parziale, ovvero riguardi solo una parte delle prestazioni richieste (esempio analisi di laboratorio), la *Centrale Operativa* deve precisare quali siano le prestazioni prese in carico e quali quelle che restano a carico dell'*Assistito* con la relativa motivazione.

La *Centrale Operativa* deve altresì fornire l'importo di eventuali *franchigie* o *scoperti* contrattuali a carico dell'*Assistito*.

La *Società* provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale *scoperto* e *franchigia*, a carico dell'*Assistito* (che deve essere versato direttamente alla struttura) e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'*Assistito* da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti nell'*assicurazione*.

In caso di cessazione e/o disdetta di una Convenzione tra la *struttura sanitaria convenzionata* e la *Società*, la stessa

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

si impegna con la Struttura a garantire che eventuali prestazioni già autorizzate, vengano comunque prese in carico. **Qualora ciò non fosse possibile, per cause non dipendenti dalla volontà della Società, la prestazione verrà anticipata dall'Assistito e rimborsata con garanzia di applicazione delle medesime condizioni previste per l'assistenza diretta.**

È data inoltre facoltà all'Assistito di usufruire di un anticipo pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'Istituto di cura con le modalità previste dall'Art. 19.

Art. 2 Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società, ma con equipe medica non convenzionata - Assistenza mista

Qualora venga autorizzato un *intervento chirurgico* o un *ricovero* medico in una struttura convenzionata da parte di personale medico non convenzionato, le spese fatturate dalla struttura convenzionata saranno liquidate secondo le modalità descritte nel precedente art. 1, mentre quelle relative al personale medico non convenzionato verranno liquidate con le modalità previste al successivo art. 3, fermo restando che il limite delle somme assicurate previste deve considerarsi come unica disponibilità, sia per quanto riguarda gli importi che saranno oggetto del pagamento diretto da parte della Società alle strutture convenzionate, sia del rimborso delle spese inerenti il personale medico non convenzionato.

Art. 3 Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società o, se convenzionate, per le quali non sia stata richiesta la presa in carico nel rispetto delle modalità di cui al precedente art. 1 - Assistenza indiretta (rimborso)

In caso di *assistenza indiretta*, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle *franchigie* e *scoperti* indicati per le singole garanzie.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute l'Assistito **deve presentarne richiesta alla Società attraverso la modulistica predisposta dalla stessa Società oppure tramite Area riservata, possibilmente entro 90 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura.** La richiesta deve essere corredata dalla fotocopia della seguente documentazione medica redatta in lingua italiana o corredata da traduzione in lingua italiana:

- in caso di *ricovero*: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di *intervento chirurgico ambulatoriale*: relazione chirurgica ed eventuale referto istologico;
- in caso di prestazioni extra *ricovero*, con esclusione della medicina preventiva: prescrizione medica con quesito diagnostico;
- in caso di *follow up oncologico*: tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali (048) e prescrizione medica con patologia;
- in caso di "non autosufficienza": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile o documento equipollente;
- pacchetto maternità: certificato di gravidanza dello specialista con data presunta del parto
- In tutti gli altri casi: prescrizioni mediche o altra documentazione medica se prevista dall'apposita garanzia.

Unitamente alla documentazione medica va presentata la fotocopia delle ricevute fiscali, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate ed in regola con la normativa fiscale.

Ai fini di una corretta valutazione del *sinistro* o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della già menzionata

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

documentazione.

L'Assistito deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assistito si impegna a fornire ogni chiarimento necessario, anche ai medici che lo hanno visitato o curato, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Società, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistenza.

La Società effettua il rimborso entro il termine di 30 gg., intesi come naturali e consecutivi, dalla presentazione della domanda di rimborso contenente la documentazione completa e conforme alle prescrizioni di cui alla presente *assicurazione*.

Per i cicli di cura che si protraggano oltre il termine annuale di assistenza, l'Assistito dovrà inoltrare - **entro il 60° giorno successivo al suddetto termine** - la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese nei limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separate *franchigie e/o scoperti* - ove previsti - per le diverse annualità.

I rimborsi vengono effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano dei Cambi.

Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale, siano state attivate le procedure per ottenere il *contributo* previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al *contributo* venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assistito, relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto del presente comma per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 4 Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assistito sostenga delle spese per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto pagato dall'Assistito nel limite del *massimale* assicurato, senza applicazione di *franchigie e scoperti*.

Nel caso di *ricovero* in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o in strutture con questo convenzionate, qualora l'Assistito sostenga anche delle spese per trattamento alberghiero e per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto pagato nel limite del *massimale* assicurato, senza applicazione di *franchigie e scoperti*.

Art. 5 Prestazioni in libera professione intramuraria

Nel caso in cui un *ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale* avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato ai precedenti art. 1 o art. 3 in dipendenza dell'esistenza o meno di un regime di *assistenza diretta*.

Per i *ricoveri* e le prestazioni extra *ricovero* effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'*Assistito* vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente art. 4.

Art. 6 Concorso di più assicurazioni

Qualora l'*Assistito* debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Assicuratore per ottenere lo stesso rimborso, la *Società* effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dello stesso, su presentazione di copie delle notule e parcelle delle spese sostenute nonché copia del documento comprovante il rimborso ricevuto.

Il rimborso effettuato da altri Enti Assistenziali o Assicuratori verrà portato in deduzione dell'importo di *scoperto* e/o *franchigia* posto a carico dell'*Assistito*.

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Assicuratore, è pari o superiore alle *franchigie* e/o *scoperti* previsti dalle presenti garanzie, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dall'Ente e Assicuratore fino a concorrenza del *massimale* previsto.

In caso contrario le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle *franchigie* e/o *scoperti* previsti dalle presenti garanzie.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

SEZIONE 4 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO BASE

Art. 1 Beneficiari delle Prestazioni

Le garanzie regolate nella presente sezione si applicano agli *Assistiti* di cui all'art. 4 lettera A e B della sezione 1:

- notai in esercizio;
- notai in pensione;
- altri titolari di pensione notarile;
- Dipendenti in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato;
- Familiari beneficiari a cui è esteso con onere a carico del titolare il piano sanitario base.

Art. 2 Massimale Assicurato

Le prestazioni di cui alla presente sezione sono erogate **fino alla concorrenza della complessiva somma di euro 500.000,00 per annualità assicurativa**, fermi gli eventuali sotto limiti riportati nei successivi articoli.

Tale *massimale* e i successivi sotto limiti delle garanzie sono da intendersi per titolare o per *nucleo familiare* in caso di estensione del piano sanitario base.

Art. 3 Prestazioni per Grande Intervento chirurgico e Grave Evento Morboso

Art. 3.1 Ricovero per Grande intervento chirurgico

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, *trattamenti fisioterapici* e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di *ricovero* ed alla patologia che comporta il *ricovero*;
- e) rette di degenza;
- f) *visite specialistiche* ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie **effettuate nei 125 giorni precedenti il ricovero** e ad esso correlati nonché quelle **sostenute nei 155 giorni successivi** alla cessazione del *ricovero* per *trattamenti fisioterapici* e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al *ricovero*.

In tale ambito, fermi i limiti temporali di cui sopra, si intendono compresi i *ricoveri* ed i dayhospital per cure ed accertamenti pre e post *ricovero*; gli interventi preparatori all'intervento principale assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i *ricoveri* ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del *ricovero*/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

collegati.

- g) In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il *ricovero* per accertamenti diagnostici, intervento di espanto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al *ricovero* principale anche i *ricoveri* (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-*ricovero* necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto, **nel limite di 180 giorni** purché inerenti all'intervento effettuato;

Art. 3.2 Garanzie Accessorie al *ricovero*

La Società, inoltre, in caso di *ricovero* per Grande *Intervento chirurgico* indennizza le seguenti classi di spesa:

- a) **Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore**
il vitto e il pernottamento in *Istituto di cura* o struttura alberghiera, **fino al limite di euro 100,00** al giorno per un **periodo massimo di 30 giorni** per un accompagnatore dell'Assistito. Tale *massimale* si intende per *annualità assicurativa*/per evento.
- b) **Assistenza infermieristica individuale** le spese di *assistenza infermieristica* individuale, **fino ad un importo massimo di euro 4.000,00** per *annualità assicurativa*.
- c) **Trasporto sanitario** il trasporto dell'Assistito e dell'accompagnatore presso un *Istituto di cura* (andata e ritorno) e da un *Istituto di cura* ad un altro, **fino ad un importo massimo di euro 5.000,00** per *ricoveri* in Italia e Stati dell'UE ed **euro 8.000,00** per *ricoveri* nel resto del mondo. Tale *massimale* si intende prestato per *annualità assicurativa*.
- d) **Apparecchi protesici e sanitari** le spese di acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche **fino a concorrenza di un importo massimo di euro 5.500,00**, purché conseguenti a *sinistro* indennizzabile a termini di copertura verificatosi durante la validità della copertura stessa. Tale *massimale* si intende prestato per *annualità assicurativa*.
- e) **Cure palliative** le spese per cure palliative e terapia del dolore **fino a concorrenza di un importo massimo di euro 15.000,00 per evento**;
- f) **Rimpatrio salma**
In caso di decesso all'estero conseguente a evento indennizzabile a termine di copertura, viene rimborsato il rimpatrio della salma al comune di residenza **fino a concorrenza di un importo massimo di euro 10.000,00**.

Art. 3.3 *Ricovero senza intervento chirurgico per Grave Evento Morboso*

Le spese riconosciute in caso di *ricovero* per grave Evento Morboso di cui all'elenco II sono le seguenti:

- a) rette di degenza;



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, *trattamenti fisioterapici* e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di *ricovero*;
- c) accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'*Istituto di cura* nei **100 giorni precedenti** il *ricovero* purché attinenti all'Evento Morboso che determina il *ricovero* stesso;
- d) *visite specialistiche*, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie **effettuate nei 120 giorni successivi** alla data di dimissione dall'*Istituto di cura*.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.2 ai punti b), c), d), e), f).

Nel caso in cui, in relazione a un *ricovero* per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un *intervento chirurgico* funzionale al grave evento morboso stesso, la *Società* rimborserà le relative spese applicando anche le garanzie di cui all'art. 3.1 e 3.2.

Art. 3.4 Trattamento medico domiciliare per grave evento morboso

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare per Grave Evento Morboso di cui all'elenco II sono le seguenti:

- a) *visite specialistiche*;
- b) esami ed accertamenti diagnostici;
- c) terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d) spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali, **sostenute nei 180 giorni successivi** alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 3.2 ai punti c), d), e), f).

Art. 3.5 Day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale

Il *day hospital* e l'*intervento chirurgico ambulatoriale* sono equiparati al *ricovero* con *intervento chirurgico*.

Art. 3.6 Day hospital senza intervento chirurgico

Il *day hospital* senza *intervento chirurgico* per il quale sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativo alla stessa patologia/*infortunio*, superiore a 3 (tre) giorni è equiparato a *ricovero* senza *intervento chirurgico*.

Art. 3.7 Franchigie e scoperti per Grande Intervento chirurgico e Grave Evento Morboso

La copertura delle spese di cui agli articoli precedenti avviene con le seguenti modalità:

a) Prestazioni in struttura sanitaria convenzionata con la Società – assistenza diretta

Le spese relative alle prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla *Società* alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno *scoperto*.

E' altresì prevista la copertura delle prestazioni sanitarie pre e post *ricovero* a cui verrà applicato lo **scoperto**



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

del **10%** qualora siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in *assistenza diretta*. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.

b) Prestazioni in struttura sanitaria non convenzionata con la Società – assistenza indiretta Le spese sostenute dall'Assistito sono rimborsate dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati con uno **scoperto pari al 10%** per evento a carico dell'Assistito, con **un minimo non rimborsabile pari a euro 1.000,00** e un **massimo non rimborsabile pari a euro 5.000,00**.

E' altresì prevista la copertura delle prestazioni sanitarie pre e post *ricovero* a cui verrà applicato solo lo **scoperto del 10%** qualora siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in *assistenza diretta*. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.

c) Prestazioni in struttura convenzionata con la Società ma con personale medico non convenzionato – assistenza mista

Le prestazioni effettuate in *assistenza diretta* vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno **scoperto**, mentre le spese per le prestazioni effettuate non in convenzione vengono sostenute direttamente dall'Assistito e successivamente rimborsate dalla Società con l'applicazione di uno **scoperto del 10%** per evento a carico dell'Assistito, **con un minimo non rimborsabile pari a euro 1.000,00 e un massimo non rimborsabile pari a euro 5.000,00**.

E' altresì prevista la copertura delle prestazioni sanitarie pre e post *ricovero* a cui verrà applicato solo lo **scoperto del 10%** qualora siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in *assistenza diretta*. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.

d) Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate

Le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsate senza applicazione di alcuno **scoperto**.

e) Garanzie accessorie al ricovero

Le spese di cui al precedente art. 3.2 sono rimborsate dalla Società senza applicazione di alcuno **scoperto** entro gli specifici sotto-limiti indicati.

Art. 4 Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assistito, a seguito di *ricovero* per grande *intervento chirurgico* o per grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente copertura sanitaria, la Società corrisponde un'indennità giornaliera **di euro 155,00**, con applicazione di una **franchigia di 2 giorni**, entro il limite **massimo di 180 giorni** per ciascuna *annualità assicurativa* e per Assistito.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì prevista la copertura delle prestazioni sanitarie pre e post *ricovero* di cui all'art. 3.1 e all'art. 3.3, a cui verrà applicato lo **scoperto del 10%** qualora siano rese da strutture sanitarie private o personale medico non convenzionati, ovvero al 100% nel caso in cui le prestazioni siano rese in *assistenza diretta*. I ticket vengono comunque rimborsati al 100%.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo, per i *ricoveri* e/o day-hospital pre e post-intervento, di cui all'Art. 3.1. In questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **50%** per ogni giorno di *ricovero/day-hospital*.

Art. 5 Prestazioni extra ospedaliere di alta diagnostica

La Società, anche in assenza di *ricovero* ospedaliero o *intervento chirurgico*, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni su prescrizione medica:

- AGOBIOPSIA
- AMNIOCENTESI
- ANGIOGRAFIA
- ARTROGRAFIA
- BIOPSIA IN SCOPIA
- BRONCOGRAFIA
- CATETERISMO CARDIACO
- CHEMIOTERAPIA
- CISTERNOGRAFIA
- CISTOGRAFIA
- CISTOURETROGRAFIA
- CLISMA OPACO
- COBALTOTERAPIA
- COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA
- COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA (PTC)
- COLANGIOGRAFIA TRANS KEHR
- COLECISTOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- CRIOTERAPIA
- DACRIOCISTOGRAFIA
- DEFECOGRAFIA
- DISCOGRAFIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECODOPPLER
- ECOCOLORDOPPLER
- ECOTOMOGRAFIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAMMA
- ELETTROMIOGRAFIA
- ENDOSCOPIA A SCOPO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO
- FISTOLOGRAFIA

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- FLEBOGRAFIA
- FLUORANGIOGRAFIA
- HOLTER
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- LASERTERAPIA A SCOPO FISIOTERAPICO
- LINFOGRAFIA
- MAMMOGRAFIA
- MAMMOTOME
- MIELOGRAFIA
- PET
- PNEUMOENCEFALOGRAFIA
- POLIPECTOMIA
- RADIOTERAPIA
- RETINOGRAFIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RMN)
- RX ESOFAGO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX STOMACO E DUODENO CON MEZZO DI CONTRASTO
- RX TENUE E COLON CON MEZZO DI CONTRASTO
- SCIALOGRAFIA
- SCINTIGRAFIA
- SPLENOPORTOGRAFIA
- TOMOGRAFIA TORACE, TOMOGRAFIA IN GENERE
- TOMOGRAFIA LOGGE RENALI, TOMOXEROGRAFIA
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA (TAC) ANCHE VIRTUALE
- UROGRAFIA
- VESCICULODEFERENTOGRAFIA
- VIDEOANGIOGRAFIA
- VILLOCENTESI
- WIRSUNGGRAFIA

La garanzia è prestata con il **limite di euro 15.000,00** per *annualità assicurativa*.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico.

Franchigie e scoperti:

- In caso di **assistenza diretta**:
- *Assistito* in attività/servizio: non verrà applicata nessuna *franchigia* a suo carico;
- *Assistito* in pensione: sarà applicata una **franchigia a suo carico di euro 50,00** per prestazione o ciclo di terapie;

In caso di **assistenza indiretta (rimborso)**:



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- *Assistito* in attività e *Assistito* in pensione: sarà applicata una **franchigia di euro 100,00** per prestazione o ciclo di terapie;

Il rimborso di eventuali ticket avviene senza applicazione di alcuna *franchigia*.

Art. 6 Prevenzione e check up

La Società provvede al pagamento diretto o al rimborso della spesa per le seguenti prestazioni:

1. prelievo venoso, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, colesterolo LDL, trigliceridi, urea, creatinina, emocromo, emoglobina glicosilata, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), VES, azotemia, uricemia, elettroforesi delle sieroproteine, protidemia totale e dosaggi ormonali tiroidei (TSH, FT3, FT4), sideremia
2. esame urine
3. esame feci (ricerca sangue occulto)
4. ecodoppler o, in alternativa, ecocolordoppler TSA
5. radiografia toracica
6. visita dermatologica con mappatura dei nevi
7. ecografia mammaria
8. *visita specialistica* cardiologica ed elettrocardiogramma (con eventuale elettrocardiogramma da sforzo nel caso in cui il medico ne ravvisi la necessità da effettuarsi entro i 15 giorni successivi alla visita cardiologica stessa)

In aggiunta oltre i 40 anni di età:

9. **pacchetto prevenzione uomo** (una volta l'anno): visita urologica, ecografia delle vie urinarie, esame citologico delle urine, PSA (specifico antigene prostatico), PSAF
10. **pacchetto prevenzione donna** (una volta l'anno): visita ginecologica, PAP test, ecografia transvaginale e/o pelvica, visita senologica, mammografia.

Le prestazioni previste dai pacchetti della presente Garanzia **devono essere effettuate nell'arco massimo di 10 giorni lavorativi presso le strutture convenzionate.**

Tutte le prestazioni previste da questa garanzia saranno eseguibili una sola volta per *annualità assicurativa*.
Il *massimale* annuo della garanzia è pari a **euro 1.000,00**.

Art. 7 Cure oncologiche

In caso di *malattia oncologica*, la Società provvede al pagamento diretto o al rimborso delle spese sostenute per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- esami ed accertamenti diagnostici,
- cure, trattamenti e terapie riconosciute dai protocolli internazionali oncologici (a titolo indicativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore etc.) comprensive dell'eventuale degenza in *Day hospital* o in regime di *ricovero*.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico dietro presentazione di prescrizione del medico oncologo o di base anche in caso di trattamento domiciliare in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

La garanzia è prestata con il **limite di euro 50.000,00** per *annualità assicurativa* senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia sia in caso di *assistenza diretta* che in caso di *assistenza indiretta* (a rimborso).

Successivamente, in caso di esaurimento di detto limite massimo, saranno applicati i *massimali* e gli *scoperti* previsti dagli artt. 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4 del presente Piano Sanitario Base.

Art. 8 Follow-Up Oncologico

La Società provvede al pagamento diretto o al rimborso, su prescrizione del medico oncologo o del medico di base, delle prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della *malattia oncologica* e/o dei risultati della terapia.

Con la prima richiesta di rimborso l'Assistito dovrà presentare la tessera di **esenzione 048** rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie. Non sarà necessario ripresentarla con le successive richieste di rimborso.

La garanzia è prestata con il **limite di euro 10.000,00** per *annualità assicurativa* senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia sia in caso di *assistenza diretta* che in caso di *assistenza indiretta* (a rimborso).

Art. 9 Copertura per non autosufficienza

a) **Massimale mensile a rimborso**

Qualora l'Assistito si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, l'Assicuratore riconosce un rimborso fino ad un **massimale mensile pro-capite di euro 250,00**, per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della presente polizza delle spese sostenute per:

1. ricoveri in strutture di *lungodegenza*;
2. assistenza;
3. prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative;
4. acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle, poltrone e letti ortopedici;
5. ausili e presidi sanitari;
6. farmaci non rimborsati dal SSN;
7. altre spese comunque connesse allo stato di non autosufficienza.

Ai fini della presente garanzia si considera in stato di non autosufficienza colui al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza della presente Polizza, un'invalidità civile al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento anche se detta invalidità derivi da *malattie* mentali o disturbi psichici. La condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente una copia del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l'Assistito è riconosciuto invalido civile in misura del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento in quanto persona con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure perché persona con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Nel caso la valutazione contenga indicazioni di rivedibilità, l'Assistito dovrà presentare le successive certificazioni che accertino la permanenza dei presupposti per il mantenimento del diritto al rimborso delle spese previsto dalla presente garanzia. La mancata presentazione comporterà il venir meno del diritto al rimborso delle spese sostenute. Il rimborso delle spese assistenziali verrà effettuato con cadenza mensile sulla base della rendicontazione delle spese sostenute nel mese di riferimento, entro il **limite massimo mensile di euro 250,00**. In occasione della prima

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

richiesta di rimborso, l'Assistito dovrà altresì produrre copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile. Per la parte eccedente il già menzionato **massimale mensile di euro 250,00** l'Assistito avrà diritto a chiedere il rimborso, ove previsto dalle precedenti garanzie di polizza.

b) Prestazione di assistenza per non autosufficienza

Ai sensi della presente garanzia, è considerato in stato di non autosufficienza, l'Assistito al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza della presente Polizza, un'invalidità civile al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento anche se detta invalidità derivi da *malattie* mentali o disturbi psichici e che si trovi in uno stato tale, accertato e definitivo, da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 4 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana. Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

1. lavarsi, pettinarsi e fare la barba: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia o la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);
2. vestirsi, svestirsi: la capacità di indossare e togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento, compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assistito, per la parte superiore o inferiore del corpo;
3. nutrirsi: la capacità di bere usando un bicchiere e di mangiare il cibo preparato da altri usando un piatto;
4. andare in bagno: la capacità di controllare le funzioni corporali (mingere ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici (funzioni fisiologiche);
5. muoversi (nella stanza): la capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche;
6. spostarsi (alzarsi e mettersi a letto): la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici.

La garanzia prevede la fornitura dei seguenti servizi a domicilio o in rete all'interno del **massimale di euro 500/mese**:

1. Assistenza infermieristica o sociosanitaria;
2. Badante;
3. Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
4. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
5. Trasporto in ambulanza;
6. Prestazioni erogate in regime di ricovero.

Oltre a servizi di informazioni sociosanitari (24h) e prestazioni a tariffe convenzionate in caso di esaurimento di *massimale*. Alla richiesta deve essere allegato un certificato del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza redatto su apposito modello fornito dall'Assicuratore, con compilazione della relazione sulle cause della perdita di autosufficienza. La valutazione finale dello stato di non autosufficienza sarà valutato da medico dell'Assicuratore appositamente incaricato. Sono comunque esclusi stati invalidanti derivanti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV ed epatite cronica.

Art. 10 Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

In caso di *infortunio* che comporti all'Assistito **un'invalidità permanente di grado superiore al 66%** la Società liquiderà un'indennità pari al capitale assicurato ad **euro 60.000,00**.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio* che siano da considerarsi

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'*infortunio* può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'*infortunio*, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o *difetti fisici*, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'*infortunio* come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la *Società* farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'*assicurazione* obbligatoria contro gli *infortuni* e le *malattie* professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'*infortunio* deve essere presentata **entro 60 (sessanta) giorni dall'*infortunio* stesso**. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dal presente articolo valgono le condizioni generali di copertura.

Art. 11 Interventi chirurgici Odontoiatrici Extra ricovero

La *Società* provvede al pagamento diretto o al rimborso delle spese sostenute per gli *interventi chirurgici* conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale sempre relativi ai seguenti interventi: osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso; cisti follicolari; cisti radicolari; adamantinoma; odontoma; ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari.

Il **massimale pari a euro 5.000,00** è da intendersi per il titolare ovvero per *nucleo familiare*. È prevista l'applicazione dello **scoperto del 15%** sia nell'ipotesi di prestazione in forma diretta che in forma rimborsuale.

Art. 12 Importo del contributo collettivo

Il *contributo* pro capite a carico della Cassa del Notariato per i titolari di cui all'Art. 4 lettera A) della Sezione 1) è di **euro 1.100,00**.

Art. 13 Pagamento del contributo

Si conviene che il *contributo* annuale dovuto alla *Cassa di Assistenza Sanitaria*, per la copertura sanitaria Base collettiva dei Titolari di cui all'art. 4 lettere A, verrà corrisposto dalla Cassa Nazionale del Notariato in via anticipata ed in numero di 2 (due) rate semestrali di uguale importo, scadenti rispettivamente il 1° novembre ed il 1° maggio di ogni annualità, con termine di rispetto pari a 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposito "*atto contabile*" emesso dalla *Cassa di Assistenza Sanitaria*.

L'importo complessivo del *contributo* sarà calcolato ad ogni inizio annualità moltiplicando il *contributo* base procapite annuo per il numero di Titolari di cui all'art. 4 lettera A della Sezione 1.

Il contratto dovrà comunque essere tenuto in copertura dall'aggiudicatario dalle ore 00.00 del giorno 01-11-2026 in deroga all'art. 1901 del Codice civile anche qualora non sia stato versato il *contributo*.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Alla fine di ogni annualità la *Cassa di Assistenza Sanitaria* provvederà all'emissione dell'atto contabile relativo alla regolazione del corrispettivo dovuto calcolato in base al numero dei titolari inclusi in corso d'annualità assicurativa, al netto delle esclusioni intervenute per i titolari deceduti antecedentemente all'emissione dello stato iniziale del rischio, e non ancora noti alla Cassa del Notariato all'emissione dell'atto contabile. La Cassa Nazionale del Notariato si impegna a pagare tali regolazioni entro 60 giorni dal ricevimento dell'atto contabile.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre il *contributo* verrà calcolato con la corresponsione dell'intero *contributo* annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il *contributo* verrà calcolato con la corresponsione del 60% dell'intero *contributo* annuo.

Il rateo di *contributo* relativo verrà pagato all'atto del conguaglio di fine annualità.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

SEZIONE 5 – GARANZIE ACCESSORIE VALIDE PER TUTTI GLI ASSISTITI

Art. 1 Servizi di informazione

La *Società* mette a disposizione la sua *Centrale Operativa* che oltre a fornire un servizio di prenotazione presso rete convenzionata, presta servizi di informazione relativi agli istituti e ai medici convenzionati nonché volti ad ottemperare richieste di chiarimenti sulla portata delle garanzie di copertura.

Art. 2 Estensione tariffario agevolato ai familiari degli iscritti

La *Società* consente ai familiari del notaio iscritto (anche non inclusi nel piano sanitario integrativo), di poter usufruire delle prestazioni sanitarie accedendo ad un tariffario agevolato presso le strutture convenzionate.

Art. 3 Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la *Centrale Operativa* per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

a) Rientro dal *ricovero* di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di *infortunio* o di *malattia* l'*Assistito* necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al *ricovero* di primo soccorso, la *Centrale Operativa* invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di **300 km per evento**.

b) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di *malattia* o di *infortunio*, l'*Assistito* necessiti di un *ricovero* in *Istituto di cura* per un periodo superiore a 10 giorni, la *Centrale Operativa*, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

c) Pareri medici

Qualora in conseguenza di *infortunio* o di *malattia* l'*Assistito*, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una *visita specialistica*, la *Centrale Operativa* segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'*Assistito*, al quale quest'ultimo potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'*Assistito*).

d) Informazioni sulla degenza

Qualora l'*Assistito*, in conseguenza di *infortunio* o di *malattia*, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della *Centrale Operativa* provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'*Assistito*, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

e) Trasmissione messaggio urgenti

Qualora l'*Assistito* in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la *Centrale Operativa* si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si stabilisce che ogni anno potrà essere convocata una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla *Società* e da due membri nominati dalla *Contraente*, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei *Grandi interventi chirurgici* indennizzabili ai sensi della presente copertura, alla luce delle evoluzioni che possano essere determinate nell'ambito sanitario.

A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.

B. Interventi per trapianti di organo: tutti.

C. Interventi ortopedici per:

- 1) impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- 2) amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;
- 3) disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- 4) disarticolazione dell'anca;
- 5) amputazione addomino-pelvica;
- 6) reimpianto di arti staccati.

D. Interventi di neurochirurgia per:

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di *malformazioni* vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi simili;
- 9) cardiectomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
- 3) impianto di pacemaker e successivi riposizionamenti.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
- 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
- 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) by pass aortocoronarico.

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare.

H. Interventi di chirurgia generale per:

- 1) diverticolosi esofagea;
- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococchi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- 6) pancreatite acuta;
- 7) broncoscopia Operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- 14) intervento per mega-esofago;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) *interventi chirurgici* per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparatomica;
- 23) papillotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza;
- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica; nefroureterectomia radicale;
- 4) surrenalectomia;
- 5) interventi di cistectomia totale;
- 6) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 7) cistoprostatovescicolectomia;
- 8) leocisto plastica;
- 9) colecisto plastica;
- 10) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) dontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabyrinthica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
- 6) chirurgia della sordità otosclerotica;
- 7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);
- 8) reimpianto orecchio amputato;
- 9) ricostruzione dell'orecchio medio;
- 10) incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K. Interventi di chirurgia toracica per:

- 1) pneumectomia totale o parziale;
- 2) lobectomia polmonare;
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- 4) interventi per fistole bronchiali;
- 5) interventi per echinococchi polmonare;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo.

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;
- 5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addominoperineale;
- 7) megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ELENCO II – GRAVI EVENTI MORBOSI

A. Infarto miocardico acuto.

B. Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- I. dispnea;
- II. edemi declivi;
- III. aritmia;
- IV. angina instabile;
- V. edema o stasi polmonare;
- VI. ipossiemia.

C. Neoplasia maligna.

D. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- I. ulcere torbide;
- II. decubiti;
- III. neuropatie;
- IV. vasculopatie periferiche;
- V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

E. Politraumatismi gravi che non necessitano di *intervento chirurgico* caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

F. Stato di coma.

G. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre sono altresì previsti i seguenti *Gravi eventi morbosi* (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%

I. Tetraplegia.

J. Sclerosi multipla.

K. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

L. Alzheimer.

M. Morbo di Parkinson caratterizzato da:

- I. riduzione attività motoria;
- II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

N. Encefalite

O. Morbo di Crohn

P. Rettocolite ulcerosa

Q. Sindrome di Guillain-Barré

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.